

Примерная форма  
согласия родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по  
адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Заведующей Муниципального бюджетного  
дошкольного образовательного учреждения  
детский сад «Кэнчээри» с.Тосу\_\_\_\_\_

(наименование образовательного учреждения, реализующего  
образовательную программу дошкольного образования)

\_\_ Семёновой Д.Н. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заведующего)

\_\_\_\_\_ (ФИО родителя (законного представителя))

Адрес \_\_\_\_\_ места  
жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (индекс, адрес полностью)

Адрес электронной почты для связи с  
заявителем: \_\_\_\_\_

Телефоны заявителя: \_\_\_\_\_

Согласие

родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья на обучение по  
адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Прошу организовать обучение моего ребенка (сына, дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования на основании  
рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (прилагается).

\_\_\_\_\_ (указать дату, номер заключения психолого-медико-педагогической комиссии, кем выдано)

Заявитель \_\_\_\_\_ (ФИО родителя (законного представителя) полностью) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.